



Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk
Agencia de Cuidado Infantil de FCSA
Hoja de Información del Proveedor de Cuidado Infantil

¿Tiene un proveedor para el cuidado de su o sus hijos? ___ No ___ Sí

- Si su respuesta es NO, por favor llame a [Consejo de Cuidado Infantil de Suffolk al \(631\) 462-0303](tel:6314620303) para obtener información y remisiones.
- Si su respuesta es SÍ, proporcione la información que se solicita para cada proveedor de cuidado infantil que cuide a su o sus hijos. Si es necesario, adjunte más hojas.

Nombre del Solicitante/Beneficiario: _____ **Caso N°:** _____ (si corresponde)

(1) **Nombre del Proveedor:** _____ **Teléfono del Proveedor:** _____

Dirección del Proveedor: _____ **Día en el que comenzó el Cuidado Infantil:** _____ (si corresponde)

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento del niño:	Días de la semana en que es necesario (o en que se provee) el Cuidado Infantil (L, Ma, Mi, J, V, S, D)	Horario en que el niño recibe cuidados infantiles (de AM a PM; de PM a AM)	Horarios en que es necesario el cuidado infantil durante vacaciones escolares/días sin clase. (Si es diferente)

(2) **Nombre del Proveedor:** _____ **Teléfono del Proveedor:** _____

Dirección del Proveedor: _____ **Día en el que comenzó el Cuidado Infantil:** _____ (si corresponde)

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento del niño:	Días de la semana en que es necesario (o en que se provee) el Cuidado Infantil (L, Ma, Mi, J, V, S, D)	Horario en que el niño recibe cuidados infantiles (de AM a PM; de PM a AM)	Horarios en que es necesario el cuidado infantil durante vacaciones escolares/días sin clase. (Si es diferente)